

# Certificat médical d'inaptitude à l'EPS

Conforme à l'annexe de l'arrêté du 13 septembre 1989 J.O. du 21 septembre 1989

Je, soussigné, docteur en médecine :

Lieu d'exercice :

certifie avoir, en application du code de l'éducation (art D312-1), examiné l'élève

**Nom et prénom :**

et constaté ce jour, que son état de santé entraîne une

une **INAPTITUDE PARTIELLE**

du.....au.....inclus.

une **INAPTITUDE TOTALE**

du.....au.....inclus.

Dans le cas d'une inaptitude partielle, pour permettre une adaptation de l'enseignement aux possibilités de l'élève, préciser en termes d'incapacités fonctionnelles si l'inaptitude est liée à :

**DES TYPES DE MOUVEMENTS** (amplitude, vitesse, charge, posture)

.....  
.....

**DES TYPES D'EFFORTS** (musculaires, cardio-vasculaires, respiratoires)

.....  
.....

**LA CAPACITE DE L'EFFORT** (intensité, durée)

.....  
.....

**DES SITUATIONS D'EXERCICE ET D'ENVIRONNEMENT**  
(travail en hauteur, milieu aquatique, conditions atmosphériques)

.....  
.....

**AUTRES**

.....

Date, signature et cachet du médecin

## Complément au certificat médical pour une adaptation des contenus d'enseignement en EPS aux possibilités de l'élève

Au regard de l'état de santé de l'élève, il peut :

Fonctions	Possible	Pour un effort d'intensité		Pour un effort de durée	
		Forte	Modérée	Prolongée	Limitée
<b>Marcher</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Courir</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Lancer</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sauter</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Lever – porter</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Nager</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Compléments d'informations permettant au professeur d'adapter son enseignement**

Date :

Signature et cachet du médecin

<b>Visa du professeur d'EPS</b>  Date :	<b>Visa de l'infirmière</b>  Date :	<b>Visa du CPE</b>  Date :
---	---	----------------------------------